



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/256 - IAM no Q anterior de alto riesgo

L. Gómez Ruiz<sup>a</sup>, A. Fernández Serna<sup>b</sup>, Á. González Díaz-Faes<sup>c</sup>, C. Fortuny Henríquez<sup>d</sup>, M.J. Arques Pérez<sup>e</sup>, S. Díez Martínez<sup>f</sup> y L. de la Fuente Blanco<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. <sup>f</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 61 años sin antecedentes cardiológicos conocidos que acude a Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por disnea progresiva y dolor centrotorácico opresivo de 10 minutos de duración que cede espontáneamente en las últimas 48 horas. Tras anamnesis, exploración se decide traslado a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) donde ingresa en Unidad de Críticos (coronarias). Antecedentes personales: NAMC. DM tipo 2, HTA, Exfumador. Adenocarcinoma de próstata.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 35,9 °C, TA: 120/80, Fc: 66 lpm, SatO2 99%. Sin alteraciones en la exploración física. ECG: infradesnivel de ST de V2 a V5, y supradesnivelación de ST en aVR. Laboratorio: troponina 1,31. Ecocardiograma: VI con hipoquinesia de SIV alto en segmentos medio apicales, FE normal. Estudio hemodinámico: lesión critica a nivel de bifurcación del tronco común izquierdo. Colocando stent en DA y Cx.

**Juicio clínico:** IAM no Q anterior de alto riesgo.

**Diagnóstico diferencial:** En este caso, y dado la anamnesis del paciente se plantea diagnóstico diferencial con las patologías más graves y frecuentes que se presentan con clínica de dolor torácico que son la disección aórtica, neumotórax y TEP.

**Comentario final:** Ante el colapso de las urgencias a nivel hospitalario, nos encontramos cada vez con más frecuencia en los SUAPs, pacientes con signos y síntomas que nos orientan a patologías graves. Debemos ser cuidadosos y exhaustivos en nuestras anamnesis y exploraciones, siendo eficientes, remitiendo al paciente de forma rápida y adecuada a aquellos servicios cuyos recursos sean los más apropiados para ofrecer al paciente el mejor tratamiento posible.

### Bibliografía

1. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado). Resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16.

**Palabras clave:** Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Angina inestable. Infarto agudo de miocardio. Troponinas.